



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ - CRF PA
AV. ALMIRANTE BARROSO 788 – MARCO | CEP: 66090-000 BELEM – PARÁ
TELEFONE: (91) 3249-3005 | (91) 3239-9500 | crfpa@crfpa.org.br

**Atenção: Todos os campos devem ser preenchidos (letra de forma ou legível)
e não serão aceitos formulários fora do padrão, desconfigurados, com rasuras, digitados e completados à caneta**

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Dados do Representante Legal:

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____

Endereço: _____ N° _____

Complemento: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Venho solicitar por meio deste, o cancelamento de inscrição da Firma:

Dados do Estabelecimento:

Razão Social: _____ N°CRF: _____

Nome Fantasia: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____ N° _____

Complemento: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Motivo:

Cujo proprietário/representante legal, abaixo assinado, DECLARA ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-se-á à ação criminal pelo cometimento do crime de "falsidade ideológica" previsto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Representante legal

Documentos Conferidos

Assinatura do(a) funcionário(a) CRF